

**AVISO DE APROVAÇÃO**

Data do aviso: \_\_\_\_\_

Nome do caso: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

Nome do funcionário: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Dúvidas? Pergunte ao funcionário.

**Audiência estadual:** Se você acha que esta ação está errada, pode solicitar uma audiência. O verso desta página informa como. Seus benefícios não poderão ser alterados se você solicitar uma audiência antes desta ação ocorrer.

(ADDRESSEE)

Sua solicitação de participar do Food Stamps foi aprovada. Sua certificação abrange o período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

Usamos os fatos fornecidos por você para decidir seus benefícios. Se nada mudar, você obterá:

\$ \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ pessoas.

\$ \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ pessoas.

\$ \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ pessoas.

**SE VOCÊ TAMBÉM TIVER SOLICITADO AJUDA EM DINHEIRO** e ela ainda não tiver sido aprovada, nossos benefícios do Food Stamp poderão ser reduzidos ou interrompidos sem aviso, no caso de o auxílio em dinheiro ser aprovado.

- Sua elegibilidade ao Food Stamp começa no mesmo dia que o auxílio em dinheiro.
- Os benefícios do primeiro mês incluem benefícios de mais de um mês, devido à data de aprovação de sua solicitação.
- Os benefícios do primeiro mês são retroativos ao dia do preenchimento do formulário de solicitação.

Seus benefícios são zero (US\$ 0), porque:

- Seus rendimentos familiares são muito altos no momento. Os benefícios podem aumentar, se as coisas mudarem.
- Seus benefícios familiares para \_\_\_\_\_ foram suspensos, pois:

Você ainda deve preencher e enviar o relatório mensagem preenchido (CW 7) ou sua certificação do Food Stamp será interrompida, mesmo se os benefícios forem zero. Lembre-se de relatar os custos de cuidados com dependentes mensalmente e as despesas médicas e de abrigo a cada mês que elas forem alteradas.

- COMO VOCÊ PRECISA DE CUPONS DO FOOD STAMP AGORA**, não exigimos o fornecimento destas comprovações:

Você deve nos fornecer esta comprovação antes que \_\_\_\_\_ ou sua elegibilidade ao Food Stamp seja interrompida. Você não receberá outro aviso. Se a comprovação enviada alterar sua elegibilidade ou os benefícios, faremos a alteração. Você não receberá aviso prévio antes de tomarmos esta ação.

Comentários

**Regras:** Essas regras são aplicáveis. Analise-as no seu escritório de assistência social.

## SEUS DIREITOS EM RELAÇÃO A AUDIÊNCIAS

Você tem o direito de solicitar uma audiência se discordar de qualquer ação do condado. Você tem apenas 90 dias para solicitar uma audiência. O período de 90 dias teve início no dia seguinte ao da entrega ou postagem deste aviso.

Se você solicitar uma audiência antes que ocorra uma ação sobre Auxílio em Dinheiro, benefícios médicos, Food Stamp ou assistência infantil:

- Seu Auxílio em Dinheiro ou seus benefícios médicos permanecerão inalterados até a audiência.
- Seus serviços de assistência infantil podem permanecer inalterados até a audiência.
- Seus Food Stamps permanecerão inalterados até a audiência ou até o término do período de sua certificação, o que ocorrer antes.

Se a decisão da audiência nos der razão, você nos deverá qualquer Auxílio em Dinheiro, Food Stamp ou serviços de assistência infantil extras que tiver recebido.

Para nos permitir reduzir ou interromper seus benefícios antes da audiência, assinale abaixo: Sim, reduzir ou interromper:

Auxílio em Dinheiro     Food Stamp     Assistência infantil

Enquanto você aguarda a decisão de uma audiência para:

### Assistência Social para o Trabalho:

Você não precisa participar das atividades.

Você pode receber pagamentos de assistência infantil devido a emprego e a atividades aprovadas pelo condado antes deste aviso.

Se tivermos informado a você que outros serviços de assistência serão suspensos, você não receberá nenhum pagamento, mesmo que exerça sua atividade.

Se tivermos informado a você que pagaremos seus outros serviços de assistência, eles serão pagos no valor e do modo informado neste aviso.

- Para obter esses serviços de assistência, você deve exercer a atividade que o condado recomendou.
- Se o valor dos serviços de assistência pago pelo condado enquanto você aguarda a decisão de uma audiência não for suficiente para permitir sua participação, você poderá deixar de exercer a atividade.

### Cal-Learn (programa de educação para pais adolescentes):

- Você não poderá participar do Programa Cal-Learn se tivermos informado que não podemos atendê-lo.
- Só pagaremos serviços de assistência do Cal -Learn por uma atividade aprovada.

## OUTRAS INFORMAÇÕES

**Membros de planos de assistência Medi-Cal administrada:** A ação de que trata este aviso pode interromper a obtenção de serviços de seu plano de assistência médica administrada. Se tiver dúvidas, convém entrar em contato com os serviços de seu plano de saúde.

**Assistência infantil e/ou médica:** A agência local de assistência infantil ajudará a obter assistência sem custo, mesmo que você não receba auxílio em dinheiro. Se for obtida essa assistência, isso será mantido a menos que você peça por escrito a interrupção. O auxílio financeiro atual será enviado a você, mas será retido o valor vencido que for devido ao condado.

**Planejamento familiar:** O escritório de assistência social fornecerá informações quando solicitadas.

**Pauta de audiência:** Se você solicitar uma audiência, a Divisão de Audiências Públicas organizará uma pauta. Você tem o direito de ver essa pauta antes de sua audiência e de obter, com antecedência de pelo menos dois dias, uma cópia da posição do condado sobre seu caso. O estado pode fornecer a pauta de sua audiência ao Departamento de Assistência Social e aos Departamentos de Saúde, Assistência Social e Agricultura dos EUA. **(Seções 10850 e 10950 do Código W&I.)**

## PARA SOLICITAR UMA AUDIÊNCIA:

- Preencha esta página.
- Faça uma cópia da frente e do verso desta página, para seu arquivo. Se você solicitar, o funcionário lhe fornecerá uma cópia desta página.
- Envie ou leve esta página para:

OU

- Ligue gratuitamente para: **1-800-952-5253** ou, para portadores de deficiência de audição ou fala que usam TDD (telecomunicações para deficientes auditivos), **1-800-952-8349**.

**Para obter ajuda: Você pode se informar sobre seus direitos relativos à audiência ou solicitar orientação sobre assistência jurídica nos números de telefone gratuitos listados acima.** Você pode obter assistência jurídica gratuita no escritório local de auxílio jurídico ou de direitos sociais.

Se não quiser comparecer à audiência sozinho, pode levar um amigo ou outra pessoa com você.

## SOLICITAÇÃO DE AUDIÊNCIA

Desejo uma audiência devido a uma ação do Departamento de Assistência Social do condado de \_\_\_\_\_ a respeito de meu:

Auxílio em Dinheiro     Food Stamp     Benefício médico

Outro (listar) \_\_\_\_\_

Eis a razão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se precisar de mais espaço, assinale aqui e adicione uma página.

Preciso que o estado me forneça um intérprete, sem custo. (Um parente ou amigo não poder atuar como intérprete em uma audiência.)

Meu idioma ou dialeto é: \_\_\_\_\_

NOME DA PESSOA CUJOS BENEFÍCIOS FORAM RECUSADOS, ALTERADOS OU SUSPENSOS

DATA DE NASCIMENTO    TELEFONE

ENDEREÇO

CIDADE    ESTADO    CÓDIGO POSTAL

ASSINATURA    DATA

NOME DA PESSOA QUE PREENCHEU ESTE FORMULÁRIO    TELEFONE

Desejo que a pessoa nomeada abaixo me represente nesta audiência. Dou permissão para que essa pessoa veja meus registros ou compareça à audiência em meu lugar. (Essa pessoa pode ser um amigo ou parente, mas não pode atuar como intérprete para você.)

NOME    TELEFONE

ENDEREÇO

CIDADE    ESTADO    CÓDIGO POSTAL